

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

Nazwa poradni / pracowni:

okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać w formie elektronicznej na adres:

.....
(adres e-mail – należy wpisać czytelnie, DRUKOWANYMI LITERAMI)

- proszę wysłać na adres:
- (dokładny adres: ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

- odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko:

– numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do **potwierdzenia otrzymania dokumentacji** oraz poniesienia ewentualnych kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy